

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE GENERAL LUIS A MILANÉS
TAMAYO. BAYAMO.GRANMA, CUBA**Gastrosquisis. Presentación de un caso****Gastroschisis. Apropos of a case**

Esp. Pediatr. Marlin Estela Masó Zamora, MsC. Enf. Infec. Caridad de las Mercedes Borrero Tablada.

Hospital Pediátrico Docente General Luis A Milanés Tamayo. Bayamo, Granma.
Cuba.

RESUMEN

Introducción: Las malformaciones congénitas del tubo digestivo se presentan con una frecuencia elevada en el periodo neonatal, la gastrosquisis es una de ellas, presentan una alta mortalidad.

Presentación de casos: Se presenta un caso de gastrosquisis de un bebé que nace en salón de partos con atención médica especializada, con antecedentes de no haber recibido atención médica prenatal especializada, con factores de riesgos asociados. Se recibió neonato con defecto de la pared abdominal, localizado en región paraumbilical derecha con intestino expuesto, flácido, con cianosis generalizada, taquicardia, en parada respiratoria, se realiza reanimación y se recupera frecuencia respiratoria, manteniéndose distrés respiratorio, mejoró coloración de la piel, se realizó empaquetamiento de las asas intestinales, colocándose sonda orogástrica se canalizó vena con solución para mantener hidratación.

Conclusiones: El diagnóstico prenatal haría posible un tratamiento oportuno con mejores resultados. El bebé fue referido a un hospital de tercer nivel.

Palabras clave: recién nacido; anomalías del sistema digestivo; gastrosquisis.

ABSTRACT

Introduction: congenital malformations of the gastrointestinal tract are present at a high frequency in the neonatal period, gastroschisis is one of them, and they present a high mortality.

Case presentation: A case of gastroschisis of a baby born in a delivery room with specialized medical care is presented, with a history of not having specialized prenatal care, with associated risk factors. A neonate with a wall defect abdominal, located in the right paraumbilical region with exposed intestine, flaccid, with generalized cyanosis, tachycardia, in respiratory arrest, resuscitation is carried out and respiratory rate is recovered, respiratory distress is maintained, skin color is improved, intestinal loops are packaged, placing an orogastric tube, vein was channeled with solution to maintain hydration.

Conclusions: the prenatal diagnosis would allow a timely treatment with better results. The baby was referred to a third-level hospital.

Key words: newborn infant; digestive system abnormalities; gastroschisis.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas del tubo digestivo se presentan con una frecuencia elevada en el periodo neonatal.¹ Se considera que éstas tienen un origen multifactorial, donde la herencia juega un papel importante, la cual conjugada con la predisposición genética y ciertos factores ambientales, hacen posible la manifestación de estas fallas.² La gastrosquisis (GQ) es una de ellas y presenta una alta mortalidad.¹

Desde 1056 existen registros babilónicos de esta malformación, aunque fue Lycosthenes en 1557 quien la describió por primera vez en la literatura médica y Moore y Stokes, en 1953, quienes la clasificaron basándose en su apariencia.³

La prevalencia de GQ es de 0.5-7 por cada 10,000 recién nacidos vivos (RNV), con un promedio de 1/2700 nacimientos. La GQ se presenta en forma aislada o asociada a otras malformaciones. Desde 1980 se ha observado un aumento de 10 a 20 veces en la frecuencia a escala mundial, aunque se desconoce la causa específica de dicho incremento.^{4,5} Esta malformación se asocia con diferentes

factores de riesgo principalmente en hijos de madres jóvenes menores de 20 años.

6

La incidencia de esta malformación en la población China es de 2,5 por cada 10 000 nacimientos, incluidos los nacidos muertos.⁷ Se observa una tendencia en el aumento de casos de GQ particularmente en México, seguido por la de los países de América del Sur, en diferentes períodos entre 1974 a 2006.⁸

El riesgo de muerte fetal con diagnóstico de GQ puede tener un rango del 6 % al 12 %, y se hace por la presencia de distensión gástrica fetal asociada a disminución de los movimientos fetales y falta de respuesta al estrés.^{9,10}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanca femenina de 19 años de edad, con embarazo de 38 semanas por fecha de última menstruación. Gestaciones 3, partos 3, aborto 0. Grupo O positivo.

Antecedentes patológicos personales de salud de ingestión de cocaína. Sin malformaciones congénitas anteriores en la familia. Exámenes de VDRL y VIH negativos. Vacunación incompleta. Hemoglobina: 13 g/l. No se registran hábitos tóxicos. Sin examen ultrasonográfico prenatal. Con 2 controles prenatales realizados por el médico general. Sin controles prenatales especializados. Procedencia rural. Género de vida muy pobre.

Se presenta gestante en la emergencia del Hospital San Francisco con los antecedentes antes descritos con dolor bajo vientre de dos días de evolución con pérdidas vaginales sanguinolentas en posición antálgica, donde se evalúa y examina por el médico general quien decide su ingreso con examen físico positivo, 3 contracciones en 10 minutos, TV: dilatación del cuello uterino de 4 cm y borramiento del 60 %, con diagnóstico de gestación a término de 37 semanas por FUM en trabajo de parto.

Se traslada a salón de partos donde se realiza su seguimiento, se evalúa por especialista en Ginecobstetricia, se le realiza ultrasonido y se detecta defecto de la pared abdominal solicitándose presencia de especialista para recibir neonato. Se recibe neonato, masculino, con defecto de la pared abdominal, localizado en región paraumbilical derecha con intestino expuesto (figura 1), flácido, con cianosis generalizada, con frecuencia cardíaca de 130 por min, se comienza maniobras de reanimación cardiopulmonar, se recupera frecuencia respiratoria, manteniéndose

distrés respiratorio, se mejora coloración de la piel, se realiza empaquetamiento de las asas intestinales (figura 2), se coloca sonda orogástrica (figura 3), se realizan los cuidados mediatos e inmediatos del recién nacido, se canaliza vena con solución para hidratar y se coordina su traslado al hospital de tercer nivel.



Fig. 1. Neonato vivo de 38 semanas con defecto paraumbilical derecho e intestino expuesto.



Fig. 2. Empaquetamiento de asas intestinales.



Fig. 3. Se coloca sonda orogástrica con salida de líquido fecaloide.

DISCUSIÓN

Según datos de la literatura internacional a partir del año 2005 se registró un aumento significativo del número de casos documentados, siendo el promedio de 9.68 casos cada 10.000 nacimientos, sin una clara causa vinculable.¹¹

La gastrosquisis es una malformación congénita caracterizada por una herniación visceral a través de un defecto de la pared abdominal, generalmente del lado derecho, con la presencia del cordón umbilical intacto y no cubierto por la membrana,^{12,13} lo que coincide clínicamente con el caso presentado.

En nuestro caso se presenta como factores de riesgo la edad de la madre, el uso de drogas y la corta cohabitación, por otro lado una alimentación deficitaria debido a su origen de extrema pobreza, se coincide con la literatura revisada que señala como causa la interrupción temprana del flujo vascular embrionario secundario al hábito de fumar en las madres, el uso de drogas antiinflamatorias no esteroideas y vasoconstrictoras como la cocaína, la corta cohabitación sobre todo en multíparas, embarazos no planificados de madres relativamente jóvenes, ingesta de alcohol y déficits nutricionales.^{14,15}

El diagnóstico prenatal de esta enfermedad se realiza a través de un examen ultrasonográfico que alcanza hasta 86,9 %, llega a 90 % cuando se incluyen todos los defectos de la pared anterior del abdomen, con una tasa de falsos positivos de 5,3 %, y por una técnica de dosaje de alfafetoproteína (AFP) en el suero materno,

lo que demuestra su importancia.¹¹ Para nuestro caso no hubo un diagnóstico prenatal por su condición de pobreza extrema sin accesibilidad a los servicios médicos especializados.

El tratamiento es quirúrgico con mejor pronóstico cuando el diagnóstico se hace durante la etapa prenatal.

CONCLUSIONES

La gastrosquisis es una de las malformaciones congénitas más comunes que se presentan en la pared abdominal. El diagnóstico prenatal haría posible un tratamiento oportuno con mejores resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boyd PA, Tonks AM, Rankin J, Rounding C, Wellesley D, Draper ES, et al. Monitoring the prenatal detection of structural fetal congenital anomalies in England and Wales: register-based study. J Med Screen [Internet]. 2011 [citado 10 May 2016]; 18(1):2-7. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1258/jms.2011.010139>.
2. Christison Lagay ER, Kelleher CM, Langer JC. Neonatal abdominal wall defects. 2011; 16(3):164-72.
3. Warkany J. Congenital malformations: notes and comments. St. Louis: Year Book Medical Publishers; 1971.
4. Werler MM, Mitchell AA, Moore CA, Honein MA, National Birth Defects and Prevention Study. Is there epidemiologic evidence to support vascular disruption as a pathogenesis of gastroschisis? Am J Med Genet A [Internet]. 2009 [citado 10 May 2016]; 149A (7):1399-406. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739090/>.
5. Guzman ER. Early prenatal diagnosis of gastroschisis with transvaginal ultrasonography. Am J Obstet Gynecol. 1990; 162(5):1253-4.
6. Lao OB, Larison C, Garrison MM, Waldhausen JH, Goldin AB. Outcomes in neonates with gastroschisis in U.S. children's hospitals. Am J Perinatol [Internet]. 2010 [citado 10 May 2016]; 27(1):97-101. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2854024/>.

-
7. Xu LL, Yuan XQ, Zhu J, Li XH, Wang YP, Zhou GX, et al. Incidence and its trends on gastroschisis in some parts of China, 1996-2007. 2011; 32(3):268-70.
8. Snyder CW, Biggio JR, Bartle DT, Georgeson KE, Muensterer OJ. Early severe hypoalbuminemia is an independent risk factor for intestinal failure in gastroschisis. *Pediatr Surg Int* [Internet]. 2011 [citado 30 May 2016]; 27(11):1155-8. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00383-011-2921-5>.
9. Payne NR, Pfliegerhaa K, Assel B, Johnson A, Rich H. Predicting the outcome of newborns with gastroschisis. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2009 [citado 10 May 2016]; 44(5):918-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2703663>.
10. Schmidt AF, Gonçalves A, Bustorff Silva JM, Gonçalves Oliveira Filho AG, Tadeu MarbaS, Sbragia L. Does staged closure have a worse prognosis in gastroschisis? *Clinics (Sao Paulo)* [Internet]. 2011 [citado 10 May 2016]; 66(4):563-566. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093785/>.
11. Conde A, Zunini S, Sosa C. Estudio descriptivo de los nacimientos con gastrosquisis en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Méd Urug* [Internet]. 2013 [citado 25 Feb 2016]; 29(1):16-25. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2013v1/art4.pdf>.
12. Murphy A, Hernández A, Finkell G. Is teen pregnancy a risk factor for abdominal wall defects (AWDS)? *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193(6):S81.
13. Towers CV, Carr MH. Antenatal fetal surveillance in pregnancies complicated by fetal gastroschisis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198(6):686.e1-5.
14. Islam S. Congenital abdominal wall defects. En: Holcomb GW, Murphy JP, Ostlie DJ, eds. *Ashcraft's pediatric surgery*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014.
15. Walther AE, Nathan JD. Newborn abdominal wall defects. En: Wylie R, Hyams JS, Kay M, eds. *Pediatric gastrointestinal and liver disease*. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016.

Recibido: 10 de marzo de 2017.

Aprobado: 5 de abril de 2017.

Marlin Estela Masó Zamora. Hospital Pediátrico Docente General Luis A Milanés
Tamayo. Bayamo. Granma, Cuba. Email: marlin@infomed.sld.cu